

## ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՒ ԱՆԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽՄԱՆ (CHDP) ԾՐԱԳԻՐ ՆԱԽԱ-ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԶԵՒ

### Ցուցմունքներ Ծնողին կամ Հիվանդին

- Այսօրվա դրույթամբ անվճար բժշկական քննություն ստանալու համար, դուք պետք է լրացնեք այս հարցաթերթիկուս պահանջվող տեղեկությունները: Տրված տեղեկությունները կմնան գաղտնի: Սա կամավոր ծրագիր է (California Code of Regulations, Գլուխ 17, Հատված 6802 և 6832):
- Լրացնելով եւ ստորագրելով այս ձեզ, դուք կարող եք ապահովել ձեզ կամ ձեր երեխայի այսօրվա ընդհանուր բժշկական քննությունը եւ կարող է ապահովել ընթացիկ եւ հաջորդ ամիսների համար ատամնաբուժական, տեսողության, հոգեկան, եւ այլ բժշկական անվճար ծառայություններ:

Արդյո՞ք հիվանդը 19 տարեկանից ավելի փոքր է  Այո  Ոչ

Քանի՞ հոգի կան ձեր ընտանիքում \_\_\_\_\_

Որքա՞ն է ձեր ընտանիքի եկամուտը նախքան տուրքերի վճարումը \$ \_\_\_\_\_ կամ \$ \_\_\_\_\_  
Ամսական Տարեկան

- Դուք կամ ձեր երեխան կարող եք իրավունք ունենալ շարունակական առողջապահական ապահովագրական վճարումներից Medi-Cal-ի կամ Healthy Families-ի միջոցով: Եթե դուք ՈՉ պատասխանեք այս հարցումնին, հիվանդի առողջապահական, ատամնաբուժական, եւ տեսողության ապահովագրության վճարումները կդադարեցվեն հաջորդող ամսվա վերջում: Դուք դեռևս իրավունք կունենաք CHDP-ի կողմից կանխվող ծառայություններից:

Ես ցանկանում եմ դիմել շարունակական ապահովագրության համար Medi-Cal-ի կամ Healthy Families-ի միջոցով:

### Տեղեկություններ Հիվանդի Մասին

Արդյո՞ք Հիվանդը ունի Կալիֆորնիա Նահանգի Նպաստների Ինքնության Տոմս (BIC) կամ Medi-Cal-ի Տոմս  Այո  Ոչ  
Եթե այո, ապա ինչ է (BIC) Տոմսի ինքնությունը հաստատող համարը (Եթե առկա է) \_\_\_\_\_

Հիվանդի Ազգանուն

Անուն

Միջին անուն

Ծննդյան տարեթիվ (ամս/օր/տարի)	Սեփականելիություն <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական
-------------------------------	--

Եթե դուք անսուն եք, նշեք այստեղ: Գրանցեք ընդհանուր բնակավայրը «Տան հասցեն» բաժնում եւ ամրողացրեք «փոստային հասցեն» բաժնը:

Տան հասցե	Հարկարածնի համար	Քաղաք	Նահանգ	Զիպ Կոդ
-----------	------------------	-------	--------	---------

Բնակավայրի Շրջանը (County)

Փոստային հասցեն (Եթե տարբեր է տան հասցեյից)	Հարկարածնի համար	Քաղաք	Նահանգ	Զիպ Կոդ
---	------------------	-------	--------	---------

Հիվանդի սոցիալ ապահովագրության համար (ոչ պարուսացիր)	Մոր Ազգանուն	Անուն
--	--------------	-------

### Ծնողի/Օրինական Խնամակալի Տեղեկություն

Ծնողի/Օրինական խնամակալի կամ խնամքից անկախացած անշափահասի Ազգանուն Անուն

Միջին անուն

Տան հեռախոսահամար ( )	Աշխատավայրի հեռախոսահամար ( )	Տեղեկություն թողնելու հեռախոսահամար ( )
--------------------------	----------------------------------	--

Ի՞նչ լեզվով եք դուք խոսում տանը

Ի՞նչ լեզվով եք կարդում լավագույնս

### Հաստատում

Ես պահանջում եմ CHDP առողջապահական բժշկական քննություն այսօր: Ես հաստատում եմ որ կարդացել եմ ու հասկանում եմ այս ձեզ: Ես հայտարարում եմ որ իմ կողմից ներկայացված տեղեկությունները ստույգ են, ճիշտ եւ ամրողական:

Ծնողի/Օրինական խնամակալի կամ խնամքից անկախացած անշափահասի ստորագրություն	Հիվանդի հետ կապ	Թվական
--	-----------------	--------

Որեւէ անհատ իրավունք ունի վերանայելու իր անձնական արձանագրությունների ցուցակը: Այս տեղեկությունը պահպանող պատասխանատու մարմինը Առողջապահական Ծառայությունների Գրասենյակն է: Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320: Այս տեղեկությունից մի օրինակ կկցվի ձեր երեխայի բժշկական արձանագրությունների ցուցակում: